

# INFORME DE MÉDICO TRATANTE

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Solicitud: \_\_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_

### Favor de consignar todas las preguntas:

Diagnóstico efectuado: \_\_\_\_\_

Fecha de primer diagnóstico de Obesidad (precisar día, mes y año): \_\_\_\_\_

Método de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Indicar mes y año en que comienza a subir de peso: \_\_\_\_\_

Se trató con fármacos: Sí  No  Por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_ **Talla:** \_\_\_\_\_ **IMC:** \_\_\_\_\_

Tratamiento indicado o realizado: \_\_\_\_\_

**Tiene alguna patología asociada al diagnóstico principal. (Indique patología y fecha de diagnóstico):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El paciente consultó anteriormente, con otro profesional, por patología relacionada a la que se está tratando ahora:

Sí  No  Fecha: \_\_\_\_\_

Indique nombre y especialidad del médico que lo derivó: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Inscripción número colegio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del Informe: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_